

Datenerfassung Patientenbesuch

(max. 1 Besuch pro Patient und Tag)

Durch die/den Besuchende/-n in Druckbuchstaben auszufüllen (unten bitte ankreuzen und unterzeichnen):

- Datum des Besuchs: _____
 Zeitraum des Besuchs: _____:_____ bis _____:_____ Uhr

- Besuchte/-r Patient/-in: _____
 Station & Zimmer: S: _____ Z: _____

- Name d. Besuchenden: _____
 Bezug zur bes. Person: _____
 Telefonnummer/E-Mail: _____
 Ggf. Begleitperson von: _____

Hiermit bestätige ich:

<input type="checkbox"/> Vollständige COVID-Impfung seit mindestens 14 Tagen	<input type="checkbox"/> Vollständig überstandene, höchstens 6 Monate zurückliegende COVID-Erkrankung	<input type="checkbox"/> Negativer PCR-Test maximal vom Vortag <i>oder</i> <input type="checkbox"/> Negativer Antigen-Schnelltest vom heutigen Tag
---	--	--

oder

<input type="checkbox"/> Keine vollständige COVID-Impfung seit mindestens 14 Tagen	<input type="checkbox"/> Keine vollständig überstandene, höchstens 6 Monate zurückliegende COVID-Erkrankung	<input type="checkbox"/> Negativer PCR-Test maximal vom Vortag
---	--	---

- dass bei mir keine akute Infektionserkrankung bekannt ist.**
- dass mir das Merkblatt „Informationen für Besucher, Hygiene und Kontaktdaten“ ausgehändigt wurde.**
- dass ich die im Haus gültigen Hygieneregeln befolge.**

Unterschrift Besuchende/-r

**Angaben geprüft
(Kürzel MA Infoschalter)**